

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

N° 887

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gérard, Henri, Gilbert VACHONFRANCE

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de Rouen

Né le 30 Mars 1933, à ROUBAIX (Nord)

présentée et soutenue publiquement le

POSITION ACTUELLE DU PROBLEME
DE L'ENURESIE INFANTILE

Président : Monsieur JULIEN-MARIE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI^e

1960

F

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Gérard, Henri, Gilbert VACHONFRANCE

Né le 30 mars 1933 à Roubaix (Nord)

Interne des Hôpitaux Psychiatriques
de Rouen

--

Présentée et soutenue publiquement
le

-;-

POSITION ACTUELLE DU PROBLEME DE
L'ENURESIE INFANTILE

--

Président : Monsieur JULIEN-MARIE (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1960.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCC (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR : Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	COFFIER (C)
Anatomie (Ch. à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirur- (Hôtel-Dieu	
gicales (Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)

MM.

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais..... GENNES (L. de)
	(Cochin..... JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu..... BARIETY (M)
	(Lariboisière..... SOULIE (P)
	(Pitié..... DREYFUS (G)
	(St-Antoine..... KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque..... LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal..... N...
obstétricales	(Tarnier..... VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap.chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap.médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

MM.

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale ch. à t.pers.	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	N....
Pathologie et therap.générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

	(CABROL (G)
Anatomie	(COUINAUD (G)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P) pr. s.ch.
Anatomie pathologique	(BUSSE (F)
	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOUREH (G)
	(NEVOT (A) pr.s.ch.
Bactériologie	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	(POLONOVSKI (J) m.conf.
	(SCHAPIRA (G) m.conf.
Biologie médicale	BOURLIERE (F) m.conf.
Carcinologie	(DENOIX (P)
	(MATHE (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
	(BILSKI-PASQUIER (G)
Hématologie	(DAUSSET (J)
	(COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie	(MAPOIS (M)
	(RACADOT (J)

MM.

Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch.
Maladies infectieuses	(CORRE-HURST (Mme L)
	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
	(DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P)
	(SARAUX (H)
Orthopédie	(JUDET (R)
	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	(BRUMPT (LC) pr.s.ch.
	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P.)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (G.L)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G) agr.pers.
	(LORTAT-JACOB (J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)

	MM.
Pathologie expérimentale.....	(PLAS (F) (RICHET (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISSAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P)m.conf.
Pathologie médicale.....	(CATINAT (J) (CONTAMIN (F) (COURY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHE (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C) (NICK (J) (PEQUIGNOT (H)m.conf. (ROYER (P) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P)
Pédiatrie-Puériculture.....	(POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie.....	(BOISSIER (J) (LECHAT (P) (PARROT (J) pr.s.ch.
Physiologie.....	(DEJOURS (P) (GOUGEROT (L) m.conf.
Physique médicale.....	(KELLERSHON (KREIS (B)
Pneumo-ptisiologie.....	PICHOT (P)
Psychiatrie.....	DUCHE (D)
Psychiatrie infantile.....	DELBARRE (F) (CERNEA (P)
Rhumatologie.....	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr. (GRELLET (M)
Stomatologie.....	(CHASSAGNE (P) (LAMOTTE (M)
Thérapeutique.....	QUENU (L)
Urologie.....	

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.....	SEZE (S. de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
	(LEGER (L)		(LEPAGE (F)
	(OLIVIER (C)	Clinique obsté-	(MAYER (M)
Clinique médicale	(PADOVANI (P)	tricale.....	(MERGER (R)
	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M.)	talmologique	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	(pr.s.ch.	rhino-laryng.....	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
	(CONTE (M)	trique et pué-	
	(DOMART (A)	riculture.....	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique.....	BARUX (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique.....	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.....	MM. HAUDUROY (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	ETTORI (J)pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale.....	RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté.....	M. LEMA (J)
Secrétaires.....	Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREVIL (G) Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque.....	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs.....	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires.....	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme,

A mon Père,

A tous ceux qui m'ont aidé.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur JULIEN-MARIE

Professeur de Pédiatrie sociale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris.

POSITION ACTUELLE
DU PROBLEME DE L'ENURESIE INFANTILE

- : -

- I -

INTRODUCTION

-!-

De très nombreux travaux ont été consacrés à ce que l'on appelle ENURESIE, terme qui, en réalité, désigne de très multiples aspects du retard chez l'enfant, de l'acquisition de la continence urinaire.

La définition de l'ENURESIE varie suivant les différents auteurs consultés.

L'ENURESIE est une miction normale, incontrôlée, involontaire, inconsciente, persistante au-delà de l'âge de 3 ans et ne s'accompagnant d'aucune lésion de l'appareil urinaire.

L'âge limite de 3 ans proposé en 1941 par SCHACHTER & COTTE a été plus récemment reculé à 4 ans (HALLGREN 1957).

La fréquence de l'ENURESIE est difficile à établir. Cependant on peut estimer que dans une population d'enfants prise au hasard 10 p.cent des garçons et 9 p.cent des filles sont énurétiques.

L'ENURESIE semble plus fréquente chez les enfants appartenant aux classes sociales déshéritées.

Souvent, la mère de l'enfant énurétique

est hyperprotectrice, se référant à des théories sur l'éducation des enfants qu'elle applique avec minutie et ardeur.

Nous touchons ici du doigt la complexité du rôle du pédiatre qui très souvent déborde de la médecine pure, pour atteindre celui de la psychologie, autant maternelle qu'infantile, et de l'éducation.

Vue lorsque le petit malade a dépassé trois ou quatre ans, l'énurésie est souvent de diagnostic étiologique difficile.

Et c'est pourquoi nous avons pensé, au seuil d'une carrière médicale que nous voudrions au moins en grande partie consacrer à la pédiatrie, qu'il ne serait pas inutile de reprendre le problème dans son ensemble, tel qu'il se présente actuellement, c'est-à-dire de façon toute différente de ce qu'il était il y a encore quelques années.

Il faut accorder à l'énurésie à la fois sa nature organique, sa nature fonctionnelle et sa nature psychique.

Mais il est de fausses énurésies et le pédiatre devra savoir les reconnaître.

Avant d'aborder le problème, nous voudrions rappeler la physiologie normale de la miction et de la création du réflexe de continence et d'évacuation vésicale.

Nous verrons ensuite dans quelles conditions pathologiques la continence volontaire tarde à s'établir, et nous citerons quelques cas d'énurésies prolongées au sein de syndromes morbides généralement complexes, les uns très apparents, les autres assez discrets pour risquer d'être méconnus.

Nous terminerons cet exposé par la position thérapeutique actuelle en face de ces énurésies infantiles prolongées.

Mais auparavant, nous ferons un rapide historique des idées concernant l'énurésie infantile, idées qui ont beaucoup évolué ces dernières années, tant sur le plan de l'étiologie que sur celui de la physio-pathologie.

HISTORIQUE

-:-

L'énurésie infantile persistante a intéressé les médecins depuis des siècles, si nous en jugeons d'après les écrits que ce symptôme a suscité.

En effet, J.L.PETIT, au début du XVIII^e siècle, puis DESAULT, au milieu et à la fin de ce même siècle, ont traité de l'énurésie. Pourtant il ne s'agissait pas d'études systématiques, mais de mentions. Le dictionnaire Jaccoud, paru en 1874, n'accordait à l'énurésie qu'une colonne de 56 lignes, tandis que le dictionnaire de Dechambre, en 1886, ne lui donnait que 29 lignes et quelques autres mentions à propos d'autres affections.

Mais par la suite, des études systématiques furent entreprises, reflétant le souci croissant du pédiatre pour cette anomalie qui, au fur et à mesure que passent les années, devient une véritable infirmité qui à son tour va retentir sur le psychisme de l'enfant : ainsi s'établit un cercle vicieux dont il devient de plus en plus difficile de sortir. C'est ce qu'indiquait la monographie de PAISSEAU et LAMBLING en 1934, dans le Traité de Médecine des Enfants de Nobécourt, celle de LERI et LIEVRE, l'année suivante, dans le nouveau Traité de Médecine de ROGER et WIDAL, insistait sur l'importance d'un signe trop souvent né-

gligé par les parents, les éducateurs et les médecins, et qui pouvait être aussi bien la cause que la conséquence de troubles profonds.

Plus récemment encore les auteurs insistent sur la multiplication des cas d'énurésie et en cherchent la cause dans les facteurs sociaux, psychologiques, familiaux.

Actuellement le facteur psychique tend à l'emporter sur l'organique et le fonctionnel local.

Si en 1935 LESNE & Mme LIEVRE, précisaient les facteurs étiologiques de l'Enurésie, en 1946 BERGE ne retenait que le facteur psychique. PERON en 1950 envisageait toutes les formes étiologiques possibles et BUSSOT montrait que les arriérés mentaux étaient souvent des énurésiques.

AUBIN, toujours en 1950, exposait les traitements nouveaux de l'énurésie dont LACASSIE donnait en 1952 une étude détaillée et complète. C'est sur le plan thérapeutique que DONNADIEU & ACHALLE se plaçaient en 1952, de même que CLEMENT.

LAURET, l'année suivante, eut le mérite d'insister sur les faux énurésiques. POLGE-LEGRAND insiste sur la fréquente association énurésie-strabisme.

DURAN constate la fréquence, sinon la constance, des altérations du tracé électro-encéphalographique des énurésiques considérés comme de petits comitiaux.

Pour BLOOMFIELD, ce sont des enfants entre 4 et 7 ans qui sont le plus sujets à l'énurésie. VULLIAMY étudie la sécrétion urinaire

diurne et nocturne dans l'énurésie, alors que L.BINET, quelques années auparavant, avait montré que l'obscurité augmente le débit urinaire.

DOUBROW puis RATEL, commentent la méthode de Krasnogorsky essentiellement diététique, pour atteindre la propreté chez l'enfant : il s'agit de réduire à l'extrême la sécrétion rénale nocturne.

HALLGREN en 1957 a entrepris une étude génétique, il semble probable à cet auteur qu'il y ait une part à réserver aux causes génétiques.

SARROUY décrit en 1958 une série d'anomalies familiales associées à l'énurésie.

N.&M.SOULE proposent en 1959 un traitement purement psychothérapique.

Enfin MUELLNER vient de reprendre la question sur le plan de la physiologie normale et pathologique du mécanisme sphinctérien et de la repletion vésicale.

De tous ces travaux, la position nosologique de l'énurésie se dégage mal : maladie urinaire (ou plutôt conséquence d'affection urinaire), pathologie médullaire, tout a été envisagé. Jusqu'à la définition même de l'énurésie qui varie d'un auteur à l'autre.

Essayons cependant de préciser les conditions physiologiques de l'acquisition de la continence urinaire, puis de voir dans quelles circonstances pathologiques cette acquisition ne se produit pas.

PHYSIOLOGIE DE LA CONTINENCE URINAIRE

-:-

La sécrétion urinaire est dépendante de facteurs physiologiques multiples, de même que la miction qui en est la dernière manifestation.

- étage diencéphalique
- étage rénal
- étage vésical au niveau duquel se joue l'énuresie, mais qui ne signifie rien s'il est envisagé isolément.

Nous allons les envisager tous trois rapidement :

ETAGE DIENCEPHALIQUE :

La sécrétion urinaire est soumise à la régulation diencéphalique, noyau supra-optique, centre de sécrétion de l'hormone anti-diurétique, prolongements vers le cortex cérébral par des fibres sus-optico-corticales, post-hypophyse, reliée au noyau supra-optique par le tractus sus-optico-hypophysaire qui reçoit les fibres du noyau para-ventriculaire. L'excitation du tractus sus-optico-hypophysaire libère l'hormone anti-diurétique et provoque l'oligurie? Chez le nourrisson, la sécrétion de l'hormone anti-diurétique est la moitié de celle de l'adulte, ce qui explique une polyurie physiologique des premiers mois de la vie.

ETAGE RENAL :

A la grande souplesse de la sécrétion rénale chez l'adulte s'oppose, pendant les 6 premiers mois de la vie une indifférence, une uniformité fonctionnelle du néphron, les densités ne varient guère qu'entre 1002 et 1005.

ETAGE VESICAL :

La distension de la vessie provoque un réflexe : le réflexe mictionnel.

La voie afférente à ce réflexe part de la muqueuse vésicale, aboutit au centre vésical de la moëlle sacrée.

La voie afferente atteint la musculature vésicale (detrusor).

Jusqu'à l'âge de 2 ans la vessie reste un organe de fonction automatique. Progressivement s'établit un contrôle des centres supérieurs et peu à peu le cortex arrive à contrôler le réflexe mictionnel : (mécanisme d'inhibition) la miction volontaire est acquise.

C'est également vers l'âge de un an ou deux ans que l'enfant a la possibilité d'indiquer que sa vessie est remplie. Il semble en effet, qu'avant, l'enfant n'éprouve aucune sensation subjective de réplétion vésicale.

A l'âge de deux ans, donc, des modifications importantes se sont produites dans le mécanisme de la miction : notion de la réplétion vésicale, capacité de retenir à partir du moment de réplétion, et pendant une brève période, ses urines. Mais l'enfant ne peut encore mettre en route le jet urinaire ni

surtout émettre les urines alors que sa vessie n'est pas complètement pleine.

L'âge exact auquel un enfant est maître de sa fonction vésicale varie considérablement, mais c'est surtout entre 3 ans et demi et six ans que le contrôle est acquis.

Ces acquisitions ne peuvent se faire que parce qu'en même temps le système nerveux et le système autonome ont évolué vers le stade de la maturation : affinement des sensations subjectives de réplétion vésicale, de besoin d'uriner, acquisition aussi d'un contrôle volontaire sur les masses musculaires permettant de modifier la pression intra-abdominale. C'est par tâtonnement, par expérience progressive, que l'enfant se rendra maître de sa fonction vésicale.

On sait aussi, depuis Freud, l'importance qu'il faut accorder à l'étude des facteurs affectifs dans l'acquisition du contrôle des sphincters.

La rétention volontaire, l'élimination de l'urine, entraînent pour l'enfant, une sensation de valeur érotique. L'éducation tend à supprimer ces satisfactions : et c'est en vue d'obtenir un amour plus grand, une sécurité plus grande que l'enfant accepte de renoncer à ces satisfactions.

On peut déjà prévoir que des facteurs fort divers sont susceptibles de retarder ou d'empêcher l'acquisition de ces différents contrôles volontaires, qu'il s'agisse de causes locale, nerveuse, psycho-affective.

PATHOGENIE DE L'ENURESIE INFANTILE

-:-

Des mensurations de la capacité vésicale de l'enfant entre 2 et 7 ans ont montré que si l'on veut que la continence nocturne soit complète il faut que l'enfant puisse conserver un volume urinaire de 280 à 340 g sans que se déclenche la miction. Il faut donc, d'une part, une capacité vésicale importante, d'autre part un contrôle volontaire total du sphincter vésical. La détermination du volume vésical chez les énurésiques a confirmé l'importance de ce facteur : on trouve en effet chez eux une capacité vésicale inférieure aux volumes normaux pour l'âge considéré, c'est-à-dire la persistance d'un volume vésical de 2 ans lorsque l'enfant a atteint 4 ans et demi. Autrement dit, si à 4 ans l'enfant est énurésique c'est que sa vessie n'a pas les dimensions nécessaires pour contenir le volume d'urine sécrété à cet âge.

L'énurésie primitive est donc la conséquence d'un volume vésical insuffisant.

Bien des enfants corrigeront cette anomalie de volume par la suite surmontant ainsi leur énurésie.

LACASSIE a établi que dans 5 p.cent environ des cas d'énurésie, on retrouve dans les

antécédents une encéphalite guérie. Parfois les reliquats encéphalitiques sont très discrets, et seules les altérations de l'électro-encéphalogramme orientent le diagnostic étiologique.

En fait, une grande importance doit être attribuée aux facteurs affectifs dans la genèse de l'énurésie.

Chacun pourrait citer des observations particulièrement convaincantes. Citons, nous aussi, la classique observation de TROUSSEAU :

"C'était une jeune fille de 18 ans, qui, depuis sa naissance, urinait au lit.
"Chez elle, on avait compté, mais en vain, sur la dentition. A 14 ans la menstruation s'était établie sans plus d'avantages. On avait alors dit à la famille que le mariage la guérirait. Cette demoiselle avait tous les agréments de la beauté et de la richesse, mais comment la donner à un homme sans prévenir celui-ci de l'infirmité de sa future femme? Et quel homme consciencieux aurait accepté de courir les chances qu'on lui présentait?
"Un individu sans fortune ne recula pas devant la situation ; il l'épousa. Sa femme devint immédiatement enceinte et, à partir de cette époque, elle cessa de pisser au lit".

N.& M.SOULE ont particulièrement bien étudié les facteurs affectifs de l'énurésie.

Ils ont montré que l'énurésie est un symptôme qui a sa signification, qu'il exprime quelque chose.

I - En urinant au lit l'enfant retrouve ou prolonge son enfance.

- 2 - En urinant au lit il s'oppose à la discipline sphinctérienne, symbole de toutes les disciplines.
- 3 - On retrouve aussi la saleté et sa signification pour l'enfant (saleté arme agressive contre l'adulte, moyen d'affirmation, de puissance)
- 4 - Les efforts de rétention de l'urine entraîne un certain degré d'érotisme chez l'enfant et l'on parle "d'hédonisme et d'érotisme médial".
- 5 - Il y a, pour l'enfant, une satisfaction de puissance dans l'urination - l'enfant qui s'applique à diriger son jet.
- 6 - SOULIE insiste aussi sur la pleine satisfaction qu'éprouve l'enfant à sentir le linge mouillé, véritable satisfaction cutanée. Il serait fréquent chez les enfants enurétiques de retrouver des rêves de bains ou plaisirs tirés de l'élément liquide.

Il faut savoir en outre, que l'enfant peut tirer de son infirmité de véritables bénéfices, de véritables avantages, que le thérapeute devra s'attacher à découvrir.

Ex : attentions particulières de la mère qui s'occupe davantage de l'enfant enurésique que des autres ;

- énurésie qui évite à l'enfant le pensionnat, à la jeune fille le mariage, au jeune homme le service militaire.

L'enfant énurésique qui reçoit des punitions sévères trouve là l'occasion de satisfaire ses besoins masochiques. Il est vrai que le fait d'uriner au lit est souvent l'objet de sanctions disciplinaires ostentatoires :

Telle cette petite fille énurésique qui devait rester des heures à genoux, les bras en croix, avec son drap mouillé sur elle, devant toute sa classe.

Les auteurs expliquent, en effet, que l'énurésie a pour l'enfant l'avantage de réaliser un symptôme névrotique, qui lui permet de libérer son agressivité, par exemple, et en même temps d'attirer sur lui la punition qui atténuera son sentiment de culpabilité.

Il est évident que le médecin doit comprendre ces phénomènes, s'il veut entreprendre une cure véritablement efficace de l'énurésie.

L'ENURESIE, ELEMENT D'UN
SYNDROME MORBIDE

-:-

Le retard mental s'accompagne d'un retard de l'acquisition du contrôle sphinctérien. Dans une enquête de HALLGREN les convulsions ne sont pas plus fréquentes chez les énurésiques que chez les enfants continents. Par contre, une anormale fréquence est constatée en ce qui concerne l'anoxie néonatale, les méningocèles, les méningites tuberculeuses du premier âge, les toxoplasmoses, la surdité, sans qu'on puisse apercevoir, d'ailleurs, les relations de causalité.

La sténose du pylore a été retrouvée avec une fréquence anormale chez les futurs énurésiques.

Plus objectivement, comment se comporte l'électro-encéphalogramme chez l'énurésique?

MILLERET & VALET ont publié le bilan de 3 années de recherches sur 76 enfants énurésiques :

Dans 53 p.cent des cas, ils ont trouvé des signes de comitialité,

Dans 28 p.cent des cas, ils ont trouvé un rythme lent,

Dans 17 p.cent des cas, le tracé était normal.

C'est pourquoi le traitement a comporté une cure anticomitiale, la pneumo-encéphalographie gazeuse, et des résultats ont été obtenus.

DURAN a fait état de tracé électro-encéphalographique et de ses perturbations dans l'énurésie chez 50 jeunes soldats.

Les tracés sont pathologiques dans 72 p.cent des cas, dont 40 p.cent des cas sont de la série comitiale.

Il a, en outre, retrouvé 10 spina bifida, parmi ces 50 malades.

Madame POLGE-LEGRAND a recherché la fréquence de l'association strabisme-énurésie par l'interrogatoire systématique des strabiques :

- sur 55 sujets interrogés on a retrouvé une énurésie dans 46 p.cent des cas, ce qui incite à penser qu'un mécanisme commun, peut-être une immaturation du système nerveux central, est à l'origine de manifestations aussi diverses que l'énurésie, le strabisme et également la gaucherie et le bégaiement.

SARROUY, LEGEAIS & RICHAUD ont trouvé dans une même fratrie de sept enfants, dont les parents sont consanguins une association morbide triple faite de :

- dysostose crânienne
- spina bifida occulta
- énurésie

Il pourrait s'agir alors d'un exemple de ce que les généticiens ont déjà décrit dans le groupe des ectodermoses neuro-cutanées sous le terme de dysectodermose, ou état dysraphique par trouble de la coalescence ou

raphi median postérieur.

Pour LUSTIG, une infection latente des sinus s'accompagne non rarement chez l'enfant d'énurésie prolongée. Le traitement anti-infectieux de la sinusite latente a parfois entraîné le rétablissement de la continence urinaire.

TRAITEMENT

-:-

Selon les résultats de l'examen systématique qui doit toujours être entrepris chez un petit énurésique vrai, des décisions thérapeutiques seront prises, non pas symptomatiques mais, dans la mesure du possible, causales, étiologiques.

Mais si la correction d'une lésion urinaire, l'assainissement des voies respiratoires infectées sont possibles, devant les formes en apparences essentielles, et qui sont de loin les plus fréquentes, le pédiatre se trouve passablement désarmé ; non pas qu'il n'existe pas des méthodes de traitement, mais c'est plutôt par leur multiplicité, leurs caractères divers, que le choix en est rendu difficile.

Pour MUELLNER, puisque tout provient d'une capacité vésicale insuffisante, d'un volume demeuré infantile, correspondant à la normale de 2 ans alors que l'enfant a atteint 4 ans, il faut tenter d'augmenter ce volume vésical insuffisant.

D'abord par l'établissement d'un horaire diurne des mictions, avec détermination de leur volume.

Il faut entraîner l'enfant à n'émettre les urines qu'à des intervalles de plus en plus

longs, avec un volume mictionnel de 240 cc. La distension de la vessie sera favorisée par un traitement médical d'anti-cholinergique, sulfate d'atropine. Il est parfois nécessaire de surdétendre la vessie. En fait le traitement s'adapte à chaque cas particulier et la collaboration de l'enfant est nécessaire.

KRASNOGORSKY a proposé un traitement diététique, alimentation et boisson normales jusqu'à 14 ou 15 heures, et à 18, 19 heures dîner composé de : viande, d'oeuf ou de poisson sans sel, avec peu de beurre et de pain, ni potage, ni légumes, ni fruits. Au coucher nouveau repas sec selon les jours, du jambon, du gruyère. On laisse dormir l'enfant jusqu'au matin.

Dès la première nuit l'énurésie disparaît.

Sur 179 cas, KRASNOGORSKY compte 125 guérisons complètes et définitives. 24 guérisons mais avec 1 miction involontaire 1 fois par mois,

12 avec 2 accidents par mois

12 avec 4 accidents par mois

6 enfants porteurs de lésions médullaires n'ont pas été améliorés par la cure.

Sur 17 guérisons obtenues par DONNADIEU, 13 se sont produites sans aucun traitement organique.

Il s'agit de retardés affectifs qui ont guéri par la séparation d'avec le milieu familial, l'incorporation au jeu, à des groupes de scouts....

Dans 4 cas la guérison a fait suite à des traitements organiques associés : électrochoc, injections épidurales (barbituriques et tranquillisants) et restriction liquidienne.

Tels sont les moyens qui, après échec de la psychothérapie sont capables d'obtenir les guérisons les plus stables.

Pour N. & M.SOULE, la psychothérapie est le traitement de base de l'énurésie "le grand principe est de s'occuper de l'énurétique et non pas seulement de l'examiner et de prescrire".

L'interrogatoire patient de l'enfant et de ses parents recherchera les conflits affectifs qu'il faudra aplanir et résoudre :

- atténuer la culpabilité du petit malade,
- réduire les bénéfices ou les avantages qu'il tire de cette situation, présenter en compensation à l'enfant d'autres perspectives : l'on peut conseiller au garçon d'entrer dans une troupe scout, à la petite fille de participer à des activités artistiques : la danse, par exemple.

Ces mêmes auteurs ont même utilisé le psychodrame. Leur étude, tout en soulignant l'intérêt thérapeutique de la méthode, met en évidence le mécanisme psychologique de l'énurésie.

De nombreuses thérapeutiques ont été proposées, beaucoup sont efficaces. Plus que leur posologie, c'est la façon de la prescrire qui compte.

CONCLUSIONS

-:-

L'énurésie s'observe chaque jour plus fréquemment, son étiologie reste difficile à préciser. Les facteurs psycho-affectifs semblent jouer le rôle prépondérant, mais une incurvation des centres supérieurs et persistance d'un volume vésical réduit sont des faits qu'il ne faut point, pour autant oublier, pour entreprendre une thérapeutique judicieuse.

Un enfant de quatre ans ou davantage peut parfaitement collaborer au traitement psychothérapique qui permettra l'établissement du contrôle vésical volontaire. On l'y aidera par un traitement médical discret, orienté selon les tendances constatées, calmants ou excitants. Le régime restrictif à partir de 16 heures, portant sur les boissons, fruits et légumes, totalement supprimés peut apporter une aide efficace.

Mais c'est surtout, d'une part par la prévention, d'autre par un examen local et général que l'on réussit à faire passer l'enfant du stade de l'automatisme vésical à celui de la miction volontaire et si la plupart des énurésies monosymptomatiques finissent par guérir spontanément mieux vaut éviter à l'enfant et à son entourage les désagréments matériels et moraux d'une énurésie anormalement prolongée.

-:-

Vu : Vu :
Le Président : Le Doyen :
Signé JULIEN MARIE Signé : Léon BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
Signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

A.BERGE

Le facteur psychique dans l'énurésie
8° 1946 Ed. du Seuil Paris.

L.BINET, G.MATHE

Obscurité et diurèse
Presse Méd.LVIII p.1179 15 Sept.1951

J.M.BLOOMFIELD, J.W.DOUGLAS

Bedwetting : prevalence among children
aged 4-7 years
Lancet I pages 850-852 - 2 Juin 1956

R.CLEMENT

Traitement de l'énurésie
Presse Méd.LX pp.1199-1200 -
13 Septembre 1952.

A.DONNADIEU, J.Y.ACHALLE

Les traitements actuels de l'énurésie
Soc.Med.Chir.Bordeaux 28 Mars 1952

S.DOUBROW

Le traitement diététique de l'énurésie
chez l'enfant
Presse Méd.LXV page 1898 20 Nov.1957

P.DURAN, M.FAVIER & Collab.

Perturbation du tracé électro-encéphalo-
lographique dans l'énurésie
Soc.Fr.Neurol.9 Juin 1955.

B.HALLGREN

Etude clinique et génétique de
l'énurésie
Acta Psych.Neurol.Scan.XXXII suppl.
CXIV 1957.

P.HOLMAN

Bedwetting
8° Londres 1954 Deslile éd.

G.KLACKENBERG

Primary enuresis : when is child dry
at night
Acta Ped.XLIV pp.513-518 nov.1955

R.LACASSIE

L'énurésie
Presse Méd.LX pp.1714-1718 17 déc.1952

C.LAUNAY

Elément de réactivation de l'énurésie ;
les nouveaux procédés de protection
corporelle
Groupement Franç.Et.Neuropsychopath.
Inf.1958

G.LAURET

Les faux énurésiques
Soc.Péd.17 Nov.1953

LESNE, J.A.LIEVRE

Les facteurs étiologiques de l'énurésie
infantile.
Presse Méd.XXXIII -pp.1868-1870 1935

P.MILLERET, C.VALET

Données électro-encéphalographiques et
thérapeutiques concernant l'énurésie
Réun.Lynn.Péd.17 Nov.1957

S.R. MUELLNER

Development of urinary control in chil-
dren. Some aspects of the cause and

treatment of primary enuresis.
Journ.Am.Méd.Assoc.CLXXII pp.1256-
1261 19 Mars 1960

J.PERON

Essai de traitement de l'énurésie.
Considérations étiologiques.
Soc.Méd.Chir.Hôp.Libres France
3 Oct.1950

POLGE-LEGRAND, F.PAYCHE

Strabisme et énurésie
Soc.Sc.Méd.Montp.3 Déc.1954

J.RATEL

Intérêt de la méthode de Krasnogorsky
dans l'énurésie. A propos de 15 obser-
vations.
Soc.Péd.Nord Est 8 Mars 1958

Ch.SARROUY, G.LEGEAIS, RICHAUD

Association dans une même fratrie, de
dysostose crânienne, spina bifida oc-
culte et énurésie
Soc.Péd.Alger 18 Déc.1958

SOULE

Le traitement de l'énurésie, l'attitu-
de psychodramatique et son efficacité
dans le traitement associé.
Groupement Fr.Etudes Neuropsychopath.
Inf. 15 Juin 1959

D.VULLIAMY

Day and night output of urine in enu-
resis
Arch.dis.Childhood XXXI pp.439-443
déc.1956

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
Introduction.....	15
Historique	18
Physiologie	21
Pathogénie	24
Enurésie, Elément d'un syndrome morbide	28
Traitement	31
Conclusions	34
Bibliographie	35

-:-

SERMENT

--:

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--:

